

## (介護予防)訪問リハビリテーション 重要事項説明書

様に対する(介護予防)訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は、以下のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称 医療法人よつば会 ながい内科クリニック  
所在地 〒700-0944 岡山市南区泉田五丁目10番32号  
電話：086-245-7100 FAX：086-245-0050  
運営法人 医療法人よつば会 理事長 永井宏  
事業所番号 3310115609

### 2. 運営の方針

1. 訪問リハビリテーション等の提供にあたり、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、居宅において理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### 3. 職員体制

1. 管理者 1名(医師) 事業所の従業員の管理や業務の管理を一元的に行います。
2. 従業者 医師 1名(常勤兼務)、  
リハビリテーション専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)1名以上  
従業者は、(介護予防)訪問リハビリテーション計画に基づき訪問リハビリテーション等を行います。

### 4. 営業日及び営業時間

1. 営業日 月・火・水・木・金・土曜日  
(但し、祝日、8月13～15日、12月30日～翌年1月3日を除く)
2. 営業時間 8時30分～17時30分(月・火・木・金曜日)  
8時30分～12時30分(水・土曜日)  
なお、居宅サービス計画により、営業日及び営業時間以外でもサービス提供を行う場合があるものとする。

### 5. 通常の実施地域

岡山市南区(旧灘崎町及び児島半島を除く)  
岡山市北区(山陽本線より南、笹ヶ瀬川より東)

## 6. (介護予防)訪問リハビリテーション計画

ながい内科クリニックでは、(介護予防)訪問リハビリテーションの提供にあたる従業者が、担当の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容を基に、利用者の心身の状況、ご希望、在宅での療養環境にあわせた目標と、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した(介護予防)訪問リハビリテーション計画を作成します。

従業者は、上記の(介護予防)訪問リハビリテーション計画を作成した際は、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明、交付し同意を得るものとする。

## 7. 利用料

1. (介護予防)訪問リハビリテーションが介護保険の適用を受ける場合、利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合にてお支払いいただきます。介護保険サービス費については、利用料金表(6頁)をご参照ください。
2. 提供を受ける(介護予防)訪問リハビリテーションが、介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
3. 当事業者は、翌月15日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細兼請求書を作成し、お渡し致します。
4. 利用料は、口座振替または現金(専用封筒)にてお支払いください。現金の場合、請求書をお渡しした次のご利用時にお支払いください。なお、指定金融機関口座(トマト銀行)への振り込みによるお支払いをご希望の方は職員にお知らせください。

## 8. 秘密保持

お預かりしている個人情報適切に管理し、主治医や居宅介護支援事業者への、より良い居宅サービス計画作成や(介護予防)訪問リハビリテーション指示箋作成に必要な情報の提供など、当該サービス以外の目的で使用致しません。また、情報のやりとりは必要最小限にとどめ、従業者に対する守秘義務は退職後を通じて徹底致します。なお、当事業所が撮影したサービス提供に関する写真をホームページやパンフレット等に掲載する事や、イニシャルやモザイクにより出来る限り個人を特定出来ないように配慮のうえ、在宅療養やサービス利用の経過等を学会や研究会に於いて発表する場合があります。

## 9. 他機関との各種会議等

利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施する会議について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考に行います。また、会議の開催方法として、参集にて行うもののほかに、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

利用者等が参加して実施する会議について、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用して実施する場合があります。

## 10. 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、市町村や利用者の家族、地域包括支援センター等の担当者に連絡を行い、過失等を勘案のうえ、必要に応じて損害賠償を行うなど、必要な対応を速やかに行います。当事業所は損害賠償責任保険に加入しています。

## 11. 緊急時の対応方法

緊急時には、まず主治医に連絡し、医師の指示に従います。また、家族など緊急連絡先への連絡も行います。（緊急時連絡先については、7 頁へご記入下さい）

## 12. 衛生管理

1. 事業所は、サービスに使用する用備品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理を十分留意します。
2. 事業所は、感染症が発生した際の予防、又は、まん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね 6 月に 1 回以上開催します。その結果を、従業員に周知徹底します。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
  - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を 1 年に 1 回以上に実施します。

## 13. 業務継続計画の策定

- ① 事業所は、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ② また、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を 1 年に 1 回以上に実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 14. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護および虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業員に対し虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。

## 15. 身体拘束等の禁止およびその適正化のための措置

事業所は、利用者の意志及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合を除き、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、必要に応じて家族等に説明を行うものとします。事業者は、身体的拘束の適正化を図るために指針を整備し、従業員に対し研修を定期的に実施します。

## 16. 成年後見制度の活用支援

利用者と適正な契約手続き等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援します。

## 17. ハラスメント対策

1. 事業所は、適切な(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
2. 利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いサービスを提供できるよう次に掲げる各号についてご理解ご協力をお願いいたします。
  - ① 従業者に対する金品等の心づけはお断りしています。従業者がお茶やお菓子、お礼の品物等を受け取ることも事業所として禁止しています。また、金銭・貴重品等の管理にご協力ください。
  - ② ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。大切なペットを守るため、また、従業者が安全にサービスを行うためにも、訪問中はリードをつけていただくか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなどのご配慮をお願いします。
  - ③ サービス内容に疑問や不満がある場合や、従業者からハラスメントを受けた場合は、遠慮なく管理者にご連絡ください。
  - ④ 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。従業者へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

## 18. サービス利用にあたっての留意事項

利用者は、サービスの提供を受ける際、次に掲げる各号に留意いただきますようお願いいたします。

- ① 事業所の施設や設備等の使用に当たっては、本来の用途に従い適切に使用しなければならないこと。
- ② 医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるように留意すること。
- ③ 体調不良等によって(介護予防)訪問リハビリテーションに適さないと判断される場合には、サービスの提供を中止することがあること。
- ④ その他、事業所の規則等を遵守しなければならないこと。

## 19. ご利用のキャンセルについて

利用者の都合により、サービスをキャンセルや変更する場合は、利用予定日の前日 17 時までにその旨を事業所に連絡いただくことをお願いします。利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない理由で直前のキャンセル等の場合も、出来る限り速やかに事業所に連絡をお願いします。

## 20. 証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでもお申し出ください。

## 21. 苦情申立窓口

お気付きの点がございましたら、お気軽に「ながい内科クリニック 訪問リハビリテーション相談窓口」にご相談ください。

〔ながい内科クリニック 訪問リハビリテーション 相談窓口〕

解決責任者：永井 宏 担当者：片山 佳織 受付時間：営業時間に準じます  
設置場所：ながい内科クリニック よつば会リハビリセンター事務室  
岡山市南区泉田五丁目 10 番 32 号 TEL:086-245-7100

〔行政等相談窓口〕

岡山市介護保険課 岡山市北区大供 1-1-1 TEL:086-803-1241  
岡山市事業者指導課 岡山市北区大供 3-1-18 KSB 会館 4 階 TEL:086-212-1013  
岡山県国民健康保険団体連合会 岡山市北区桑田町 17-5 TEL:086-223-8811  
岡山市南地域包括支援センター 岡山市南区福田 690-1 TEL:086-261-7301

## 22. その他

- ・ 事業者は、従業者等の質的向上を図るための研修の機会を設け、適切な業務体制を整備します。
- ・ 事業所は、従業者に対し年1回以上の健康診断を受診させるものといたします。
- ・ サービス提供に必要な書類を整備し、その完結より5年間保管を行います。
- ・ 交通状況や天候等により、サービス開始時間や日程を調整させていただくことがあります。

ながい内科クリニック 訪問リハビリテーション  
**利用料金表（要介護）**

《介護サービス費用》

※岡山市 1単位＝ 10.17 円

基本報酬		308 単位/回
※ リハビリ時間20分を1回とカウントし、週6回が上限（但し、退院退所日から起算して3か月以内は、週12回が上限）		
加算	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3 単位/回
	移行支援加算	17 単位/日

《条件を満たした場合に算定される加算》

リハビリテーションマネジメント加算	(イ)	180 単位/月
	(ロ)	218 単位/月
※事業所の医師が利用者またはその家族に説明した場合 上記に加えて		270 単位/月
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)または新たに認定日から3ヶ月以内	200 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)または訪問開始日から3ヶ月以内	240 単位/日
口腔連携強化加算	1月に1回	50 単位/月
退院時共同指導加算		600 単位

ながい内科クリニック 介護予防訪問リハビリテーション  
**利用料金表（要支援）**

《介護予防サービス費用》

※岡山市 1単位＝ 10.17 円

基本報酬		298 単位/回
※ リハビリ時間20分を1回とカウントし、週6回が上限（但し、退院退所日から起算して3か月以内は、週12回が上限）		
加算	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3 単位/回

《条件を満たした場合に算定される加算及び減算》

短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)または新たに認定日から3ヶ月以内	200 単位/日
口腔連携強化加算	1月に1回	50 単位/月
退院時共同指導加算		600 単位
12月減算	12月以上利用を継続し、リハビリテーション会議の未実施及び介護情報システム(LIFE)の未提出となった場合	30 単位/回

( 令和4年6月1日 現在)

ながい内科クリニック(介護予防)訪問リハビリテーション

# サービス内容説明書

当事業者が \_\_\_\_\_ 様に提供する(介護予防)訪問リハビリテーションサービスは以下の通りです。

## 1. 提供するサービス

(担当者) \_\_\_\_\_

訪問曜日	訪問時間	備考
曜日	時 分 ~	
曜日	時 分 ~	
曜日	時 分 ~	

※交通状況や天候等により、サービス開始時間や日程を調整させていただくことがあります。

---

## 緊急時連絡先

令和 年 月 日

(主治医) 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

医療機関 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 連絡先① \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_ 連絡先② \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(緊急連絡先)

ながい内科クリニック(介護予防)訪問リハビリテーション

同 意 書

(利用者 甲)

私は、乙から重要事項及びサービス内容の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 (署名代行者)

(署名を代行した理由)

電話番号

同意家族氏名 (続柄: )

(事業者 乙)

当事業者は(介護予防)訪問リハビリテーションの提供開始に当たり、甲に対して重要事項説明書及びサービス内容説明書に基づいて、重要事項及びサービス内容を説明しました。

サービス事業者 医療法人よつば会 ながい内科クリニック 訪問リハビリテーション

事務所所在地 岡山市南区泉田五丁目 10 番 32 号

説明担当者